Rok XXXII. Kraków, 13. Maja 1893. Nr. 19.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Przypadek róży zgorzelinowej moszen (*Erysipelas gangraenosum scroti*), zakończony wytrzebieniem (*castratio*).

Podał
Dr. Leodegard Gąsiorowski,
lekarz ord. w Zakładzie karn. w Stanisławowie.

Przypadek, który poniżej ośmielam się podać do wiadomości Szanownych Kolegów, zasługuje głównie z tego względu na uwagę, iż wskazaniem do kastracyi nie były tu, jak to zwykle się zdarza, nowotwory lub gruźlica, albo uszkodzenie traumatyczne, lub wreszcie, jak to bardzo wyjątkowo się zdarza, ciężka, niczem usunąć się nie dająca, newralgia jąder, lecz tylko zwykła róża moszen, połączona ze zgorzelą i następowem, rozległem ich zniszczeniem.

Przypadek ten, który obserwowałem w b. r. w szpitalu c. k. Zakładu karnego w Stanisławowie, dotyczył więźnia G. Z., 45 lat liczącego, wieśniaka, żonatego, ojca 2 ga dzieci żyjących, który prócz tyfusu brzusznego i zimnicy, przebytych przed kilkunastu laty w domu, zresztą zawsze był zdrów i w dobrym stanie zdrowia do tutejszego zakładu karnego przed niespełna 6 laty przybył. W dniu 23. marca 1893 dostał silnych dreszczów z gorączką do 40·7° C. dochodzącą a badanie nie wykazało zresztą żadnych innych zboczeń, prócz towarzyszących zwykle takiej gorączce przypadów podmiotowych, jak zajęcia głowy, dyspepsyi, bólów w kończynach i t. d. Przypady te utrzymywały się niezmiennie przez dzień następny a 3-go dnia wystąpiła wśród dalszych objawów gorączkowych róża na mosznach i na prąciu z charakterystycznem zaczerwienieniem skóry; tak prącie, jakoteż i całe moszna były nadto mocno obrzękłe i okazywały już tu i ówdzie plamy sinawo-czarne, zgorzelinowe a następnego dnia uległa zgorzeli prawie cała skóra moszen, która okazywała jednostajne brudno szare zabarwienie, odbijające mocno od pozostałych przybrzeżnych resztek skóry prawidłowej, o brzegach nierównych, jakby powygryzanych, obrzękłych i żywo-czerwono zabarwionych. Resztki te, nieco podminowane, znajdywały się tylko w górze od przodu, po obu bokach i w tyle od międzykrocza, przedstawiając niejako skrawki na 1—2 ctm. długie; cała zaś przednia, dolna i tylna oraz bardzo znaczna część bocznych powierzchni moszen zajęta była przez zgorzel. Również uległo jej i prącie, ale tutaj ograniczała się ona tylko do nieznacznej przestrzeni zewnętrznej powierzchni napletka i jako taka nie miała prawie żadnego znaczenia.

Po kilku dniach zgorzelinowe tkanki częścią dobrowolnie, częścią sztucznie oddzielone zostały; na granicy ich poczęły pojawiać się żywe granulacye a oba jądra, pozbawione zupełnie swych powłok, ze zniszczoną przegrodą, wisiały nagie na sznurkach nasiennych, tylko w górze wąziutkim paskiem pozostałej skóry pokryte. Tymczasem róża przy nie wysokiej już gorączce (38·5—38·3° C.) przeszła zwolna na oba pośladki a ztąd na górną część uda lewego, nie okazując już w tych miejscach żadnej dążności do zgorzeli i nie posuwając się ztąd dalej; gorączka ustąpiła i na tem zakończyła się róża po 9-dniowem trwaniu.

W obec powyżej opisanego znacznego zniszczenia moszen i zupełnego ogołocenia jąder i z uwagi, że chcąc te ostatnie pozostawić w tym stanie, naraziłoby się chorego na długie ropienie prawdopodobnie bez widoków utrzymania przez to ich fizyologicznej czynności, nie pozostawało nic innego, jak przedsięwziąć wytrzebienie a to tem bardziej, że chory, zresztą dobrze odżywiony, sam domagał się tej operacyi, nie trwożąc się bynajmniej, że przez to utraci zdolność spółkowania i płodzenia. W dniu 8. kwietnia b. r. przystąpiłem przeto do kastracyi przy łaskawej pomocy kol. Dra Ostafińskiego, który również uznał konieczność tego rękoczynu. Po uśpieniu chorego chloroformem i zastósowaniu wszelkich ostrożności antyseptycznych, wykonałem wytrzebienie naprzód na prawem jądrze, które znacznie było większe od lewego, w przypuszczeniu, że może przynajmniej

mniejsze jądro lewe da się utrzymać i pokryć pozostałemi resztkami skóry. Gdy się atoli okazało, że resztki te nawet mocno naciągnięte ku temu wcale nie wystarczają, musiałem i to jądro usunąć. Operacya cała nie była wcale trudną i polegała w obec zmian opisanych prawie tylko na przecięciu sznurków nasiennych. Sznurek nasienny prawy, który również był grubszy od lewego, przeciąłem, podwiązując oddzielnie dwie krwawiące w nim tętniczki, sznurek zaś nasienny lewy, znacznie cieńszy, przeciąłem po podwiązaniu go *en masse*. Następnie wyrównawszy i odświeżywszy dokładnie brzegi pozostałych resztek moszen, zespoiłem je wzdłuż linii środkowej międzykrocza, stósownie do byłego szwu (*raphe*), za pomocą 10 szwów węzełkowych, nakładając opatrzenie jodoformowo-karbolowe.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, ze wszechmiar pomyślny; tylko 3. dnia podniosła się ciepłota do 38·3° C., zresztą był stan bezgorączkowy a w niespełna 3 tygodni rana zgoiła się całkiem (w środku przez rychłozrost, w obu końcach przez nieznaczne ropienie). Zaznaczyć wszakże muszę, iż gdy sznurek nasienny prawy, gdzie tylko naczynia oddzielnie były podwiązane, w ciągu całego przebiegu ani obrzmienia, ani bolesności nie okazywał a obie ligatury już 4. dnia odeszły, to podwiązany *en masse* sznurek nasienny lewy przez kilka dni po operacyi był bolesny, osobliwie za każdem dotknięciem i dość znacznie obrzmiały a ligatura odeszła dopiero 7. dnia i z tego otworka przez kilka następnych dni, lubo nieznacznie, sączyła się ropa.

Przypadek powyższy, stanowiący bądź co bądź ważny przyczynek do kazuistyki kastracyi ze względu na rzadkie do niej wskazanie, jest także godny uwagi i ze względu na dość niezwykłe umiejscowienie się róży.

II. Z zakładu chemii lekarskiej prof. Stopczańskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o wydzielaniu się kwasów żółciowych moczem.

Podług odczytu wypowiedzianego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w styczniu 1892 roku.

Podał
Dr. Jan Opieński,
b. asystent katedry chemii lek. w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Wyniki można podzielić na trzy grupy:

I grupa obejmuje wyniki dodatnie,
II „ „ „ wątpliwe (gdzie albo próba Neukomma lub obie dały wynik wątpliwy),
III „ „ „ ujemne.

Grupa I. obejmuje:

Cholelithiasis	6	przypadków	na	6 badanych
Cirrhosis hepat. atroph.	3	„	„	3 „
Carcinoma hepatis	3	„	„	8 „

Razem 12 przypadków na 17 badanych.

Grupa II. obejmuje:

Carcinoma hepatis	2	przypadki	na	8 badanych
Cirrhosis hepat. hypertr.	3	„	„	5 „

Razem 5 przypadków na 13 badanych.

Grupa III. obejmuje 14 przypadków (12 moczu i 2 pł. surowicy):

Abscessus hepatis	2	przypadki	na	2 badane
Carcinoma hepatis	3	„	„	8 „
Insuff. et stenosis valv. bic.	2	„	„	2 „
Cachexia malarica	1	„	„	1 „
Cirrhosis hep. hypertroph.	1	„	„	5 „
Pyaemia	1	„	„	1 „
Leukaemia	2	„	„	2 „
Płyn surow. w *Carcin. hep.*	1	„	„	1 „
„ „ *Cirrhos. hep.*	1	„	„	1 „

Razem 14 przypadków na 23 badanych.

Jeśli uwzględnimy stósunek między kwasami żółciowemi a żółtaczką, co w niniejszej tabliczce zestawiłem:

grupa		mocz żółtaczkowy	bez żółtaczki
I. (dodatn.)	12 przyp.	7	5
II. (wątpl.)	5 przyp.	3	2
III. (ujemn.)	14 przyp.	6	8

to przyjdziemy do przekonania, iż nie można z wszelką ścisłością twierdzić, aby obecność kwasów żółciowych w przypadkach patologicznych zależała wyłącznie od towarzyszącej żółtaczki, że więc fakt ten wessaniem żółci *in toto* tłómaczyćby można.

W poważnej jednak liczbie przypadków (*cholelithiasis c. ictero*) tam, gdzie jest żółtaczka, i kwasy żółciowe się znajdą, co przemawia przeciw twierdzeniu Frerichsa i Städelera, jakoby kwasy żółciowe i barwiki żółci nigdy razem w moczu nie występowały. Z drugiej strony jednak twierdzenie Hoppe-Seylera[1]), że w żółtaczce zawsze znajdują się kwasy żółciowe w moczu, przyjąć można pod powyższemi tylko zastrzeżeniami. A i spostrzeżenia na chorych wskazujące, iż nie każdy ustrój równie oddziaływa na wessanie żółci do krwi, że nie każdy w równej mierze doznaje objawów zatrucia, które przypisywać zwykliśmy kwasom żółciowym, dowodzą poniekąd prawdziwości powyższego zdania. Sprawę czy w przypadkach żółtaczki są kwasy żółciowe w moczu, roztrząsano niejednokrotnie i starano się doświadczalnie rzecz tę rozstrzygnąć. I tak Kühne twierdzi, iż w 24 godzin po zamknięciu wspólnego przewodu żółciowego (*ductus choledochus*) można u psa we krwi wykazać kwasy żółciowe; nadto dodaje, ze mocz takiego psa nie zawiera obu kwasów żółciowych taurocholowego i glikocholowego, lecz bezazotny kwas cholowy. Kühne[2]) przypisuje wadliwej metodzie tę okoliczność, że nie znajdowano w żółtaczce kwasów żółciowych, bo w rozczynie eterycznym znajduje się kwas cholowy a tego badacze nie uwzględnili, szukając kwasów żółciowych li tylko w strącie otrzymanym eterem, gdy kwasu cholowego jako w eterze rozpuszczalnego należało poszukiwać w rozczynie eterycznym.

W badaniach swoich jednak i rozczyn eteryczny uwzględniałem, robiąc próby Pettenkofera. Baelde i Lavrand[3]) znajdują w żółtaczce kwasy żółciowe w moczu. Inni autorowie, między nimi i Hoppe-Seyler, starali się rozstrzygnąć tę sprawę przez wstrzykiwanie kwasów żółciowych psom do krwi. Tenże autor wstrzykiwał nadto psom do żył żółć odbarwioną. W tych doświadczeniach widziano u psów żółtaczkę, jednak bez kwasów żółciowych. Frerichs, który

---

[1]) Archiv Virchow. XXIV, str. 1.
[2]) Beiträge zur Lehre v. Icterus. Arch. Virchow. Bd. XIV.
[3]) Comptes rendus Societé biol. 40.

również te doświadczenia robił i te same wyniki otrzymał, twierdzi, że kwasów żółciowych, tak po wstrzykiwaniach kwasów żółciowych lub żółci do krwi, jako też w żółtaczce drogą naturalną powstałej niema, bo te zamieniają się w barwiki żółci za pośrednictwem barwika krwi. Teoryę Frerichsa zbija jednak między innemi już ta okoliczność, że nie udało się z kwasów żółciowych utworzyć barwików żółci a dalej, że i inne ciała, mające własność rozpuszczania ciałek krwi czerwonych, są w stanie wywołać żółtaczkę i hemoglobinuryę.

Kühnego doświadczenia [1]) w podobny sposób uskuteczniane, wykazują, iż barwiki żółci pochodzą z barwika krwi a tylko wpływ kwasów żółciowych na tę sprawę nie jest wyjaśniony.

Zanim przejdę do własnych doświadczeń w tym względzie, czy wprowadzone do ustroju kwasy żółciowe pojawiają się w moczu człowieka, względnie zwierzęcia, zastanowię się nad kwestyą, czy jest związek między pewnym stanem patologicznym wątroby a obecnością kwasów żółciowych w moczu, gdyż w pewnych chorobach wątroby napotykałem w moczu kwasy żółciowe, w innych nie. Do rozstrzygnięcia tego pytania najwięcej przyczynić się może zestawienie poszczególnych przypadków chorobowych.

Przejrzawszy powyższe zestawienie, przychodzimy do następujących wniosków:

1) Jedynie tylko w chorobach wątroby i żółtaczce, powstałej z utrudnienia odpływu żółci, znajdują się kwasy żółciowe w moczu; w innych cierpieniach, jakkolwiek połączonych z większą lub mniejszą żółtaczką, kwasów żółciowych niema, jak n. p. w niedomykalności zastawki dwukończystej i zwężeniu ujścia żylnego lewego i t. p.

2) Nie wszystkie choroby wątroby pociągają za sobą wydzielanie się kwasów żółciowych moczem; stale znajdują się kwasy żółciowe w kamicy żółciowej, dość stałym objawem są również w marskości wątroby, w okresie zaniku (*cirrhosis atrophica*) a więc w tej postaci marskości, w której nie znajdujemy barwików żółciowych.

3) Ilość wykazać się dających kwasów żółciowych w moczu w przebiegu żółtaczki z jakiejkolwiek przyczyny nie zostaje w proporcyi do stopnia żółtaczki.

Czy z zachowania się kwasów żółciowych w moczu w pewnych chorobach wątroby możnaby wywieść pewne wnioski rozpoznawcze, nie śmiem twierdzić na podstawie dotychczasowych badań; okoliczność zaś, że kwasy żółciowe dość stale znajdują się w pewnych formach marskości wątroby (*cirrhosis atrophica*), można, o ile sądzę, wytłómaczyć zmianami anatomicznemi w tymże organie. To utwierdza mnie nadto w tem przekonaniu, że francuscy autorowie mają poniekąd słuszność, odróżniając kilka odrębnych postaci marskości wątroby w inszy nieco, niż niemieccy autorowie sposób. Nie zapuszczając się zbyt daleko w tę sprawę nadmieniam, iż w przypadkach moich oznaczonych nazwą *cirrhosis hypertrophica*, którą według francuskich autorów (Olivier, Hayem, Charcot i Gombault) nazwaćby należało *Cirrhose biliaire*, gdzie do końca utrzymuje się przerost wątroby, nieobecność kwasów żółciowych tłómaczyłaby ta okoliczność, że sprawa bierze tu początek z sieci przewodów żółciowych, że cierpią tu bezpośrednio komórki wątrobowe skutkiem bujania tkanki łącznej, że zatem zniszczone są w pierwszym rzędzie pierwociny wydzielające, z czem i brak kwasów żółciowych w odpowiedniej ilości. Tą okolicznością tłómaczyłbym zwłaszcza te przypadki, gdzie mimo wyraźnej żołtaczki nie znajdywałem kwasów żółciowych w moczu. Z drugiej strony wykazywałem kwasy żółciowe w moczu w przypadkach t. zw. *Cirrhosis atrophica*, która jest tylko drugim i zarazem ostatnim okresem zwykłej marskości wątroby, której pierwszy okres stanowi powiększenie się narządu. W tej formie sprawa bierze początek, jako *cirrhosis annularis* lub *insularis* od rozgałęzień żyły bramnej i te doznają w pierwszym rzędzie ucisku, wtórorzędnie dopiero ulegają zmianom pierwociny wątrobowe.

[1]) l. c.

III.

Na podstawie dotychczasowych badań przychodzimy do przekonania, że drogą, którą kwasy żółciowe mogą dostać się do moczu, jest po największej części wessanie kwasów żółciowych, jak to dzieje się w żółtaczce. Dalej wiemy, iż ta ilość kwasów żołciowych, która wytwarza się w prawidłowym stanie ustroju, nie pociąga za sobą wydzielania się ich moczem, bo tu tylko ta ilość kwasów żółciowych, która wydziela się przez wspólny przewód żółciowy (*ductus choledochus*) do dwunastnicy, która nie zostanie strawioną i w niższych częściach przewodu pokarmowego rozłożoną, dostaje się do obiegu krwi; ta ilość jednak jest za małą, aby w moczu wykazać się dala.

Ale i w żółtaczce bardzo mocnej, mianowicie, gdy przyczyną jej jest utrudnienie odpływu żółci, mimo, że wessanie odbywa się tu na znacznej przestrzeni, nie zawsze napotykamy w moczu kwasy żółciowe. a w każdym razie ilość. wykazać się dających kwasów nie zostaje w stósunku do ilości żółci, która dostała się do obiegu krwi.

Sprawę tę wyjaśnić mogą bliżej doświadczenia, w których wprowadzamy kwasy żółciowe z zewnątrz do ustroju. Doświadczenia te robiono na zwierzętach w ten sposób, że wstrzykiwano żółć lub kwasy żółciowe zwierzęciu do naczyń krwionośnych.

Własne doświadczenia robiłem już to przez podawanie wewnętrzne ludziom i psom *Fel tauri depuratum*, już też przez wstrzykiwania podskórne zwierzętom czystego glikocholanu sodowego. Wstrzykiwanie do żył wprost jest mojem zdaniem nieodpowiednie, gdyż badanie jest powikłane a przez to i utrudnione z powodu powstającej hematuryi lub hemoglobinuryi skutkiem zniszczenia a względnie rozpuszczenia ciałek krwi czerwonych. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Jeżeli w szeregu przytoczonych dotychczas badań pasorzytnictwo tworów śródkomórkowych w raku stopniowo przybierało postać bardziej określoną i pewną, to zyskało ono formę najwięcej wyrobioną i uzasadnioną naukowo w najnowszem dziele kilkakrotnie wspomnianego już badacza, najgorliwszego stronnika teoryi pasorzytniczej raka, L. Pfeiffra [1]).

[1]) Untersuchungen über den Krebs. Die Zellerkrankungen und die Geschwulstbildungen durch Sporozoën. Text und Atlas. Jena 1893.

Współczesna patologia, zbudowana na zasadzie, iż komórka stanowi elementarną jednostkę składową ustroju i że zboczenia w jej prawidłowym rozwoju przedstawiają w ogólnej sumie choroby tego ustroju, wyjaśniła świetnie istotę wielu spraw chorobowych; pozostaje jednak bardzo ważny dział w nauce o komórce, dotychczas nieco na uboczu stojący — pasorzytnictwo komórkowe, którego zbadanie rzuci nowe światło na wiele spraw patologicznych. I jedynie tylko brakowi odpowiednich wiadomości przypisać należy błędne zapatrywania się na znaczenie infekcyi pierwotniakowej w komórkach nowotworów. Do częstszych błędów należy zdanie, iż pierwotniaki pasorzytnicze są wielopostaciowe (*polymorph*). Są one takiemi dla tego tylko, że obecnie za mało znamy ich warunki życiowe, że my lekarze jesteśmy jeszcze bardzo słabymi zoologami, że zoologowie wreszcie za mało mają możności i chęci do badania materyału patologicznego. Stan obecny wiedzy naszej co do pasorzytnictwa pierwotniaków da się streścić w następujących zdaniach:

Komórki ustroju zwierzęcego stanowią dla rozwoju *sporozoa* pasorzytniczych nader dogodną, jeżeli nie jedyną pożywkę. Wzrost tych tworów odbywa się zawsze wewnątrz komórek i kosztem ich soków odżywczych. Komórka, mówiąc ogólnie, nie ginie wskutek wniknienia do niej pasorzyta, lecz traci zdolność mnożenia się i pełnienia swej czynności swoistej w ustroju; ten ostatni częstokroć nie odnosi początkowo żadnej szkody i może nawet w warunkach sprzyjających uwolnić się od pasorzytów. W przeciwnym razie one rozrastają się, przybierają charakterystyczną swą postać (*ameba*, *kokcydia*, *gregarina*) i przystępują do tworzenia nowej generacyi drogą podziału na 2 lub też liczne zarodki, których ilość waha się w pewnych granicach, stósownie do rodzaju pasorzyta i warunków miejscowych w komórce nowotworowej. Młode osobniki pasorzytnicze zakażają dalej nowe komórki, wybierając przeważnie młode. Oprócz takich tworów powstałych drogą prostego podziału, które powstają w warunkach dla pasorzytów dogodnych i zwykle w wielkiej ilości (*Zoosporen*), wytwarzają pierwotniaki drugi rodzaj zarodków, mających na celu ochronę gatunku w warunkach niepomyślnych od zniszczenia; są to t. zw. zarodniki trwałe (*Dauersporen*, *Dauercysten*), zaopatrzone zwykle w mocną otoczkę zewnętrzną.

Równocześnie z tworzeniem młodych zarodków (*Zoosporen*) i z przeniknięciem ich wewnątrz tkanek sąsiednich występuje działanie toksyn, wytwarzanych przez nie, sprawiające z jednej strony zboczenia ogólne w dotkniętym ustroju, z drugiej, żywe bujanie komórek miejscowe.

Pod względem stósunku pasorzytów do rodzaju tkanek ustroju odróżniać należy *sporozoa*, przebywające w jednym tylko rodzaju tkanek, naprzykład w nabłonkach (*monophagi*) i drugie pasorzytujące w rozmaitych tkankach (*polyphagi*). Do pierwszych należą *gregarinidae* i *coccidia*, stanowiące grupy tworów wyżej uorganizowanych, mieszczących się zawsze wewnątrz komórek. *Polyphagi* przedstawiają twory niższe, nie posiadające określonego miejsca pobytu w tkance i przez to dla ustroju groźniejsze. Równolegle odbywające się mnożenie tworów pasorzytniczych i komórek tkankowych ustroju wpływa na zmianę kształtu i konsystencyi dotkniętego sprawą chorobową narządu; jeżeli odbywa się to w miejscu ograniczonem, to powstaje tu guz nowotworowy.

W badaniach swych zajął się autor głównie wyjaśnieniem powstawania ognisk rakowych w tkance mięsnej, wybierając tkankę tę w tym celu, aby módz rozstrzygnąć kwestyę, czy komórka rakowa stanowi rzeczywiście samodzielną, bujającą komórkę nabłonkową, czy też jest to komórka pasorzytnicza i skłania się ku drugiemu z tych przypuszczeń, twierdząc, że bujanie komórek nabłonkowych nie stanowi bynajmniej istoty zasadniczej w tworzeniu się raka.

Według Pfeiffra w przebiegu powstawania nowotworu rakowego odróżniać można następujące okresy: W pierwszym okresie zakażenia (*Infectionsstadium*) zarodki pasorzytnicze przenikają do wnętrza komórek tkankowych, gdzie przekształcają się w osobniki dojrzałe, zdolne do dalszego wzrostu i tworzenia nowego pokolenia pasorzytów. Rozwojowi i mnożeniu się temu towarzyszy wytwarzanie substancyj trujących (*Toxine*,, które działaniem swem pobudzają okoliczną tkankę do bujania i tworzenia ziarniny. Odtąd właśnie rozpoczyna się okres drugi (*Evasions- und Granulationsstadium*); młode pasorzyty opuszczają swe siedlisko w komórce pierwotnej i przenoszą się do komórek tkanki nowotworowej, która pod wpływem coraz obfitszej infekcyi buja coraz więcej, sprawiając wzrost nowotworu. Budowa histologiczna tego ostatniego zależy w pierwszym rzędzie od typu tej komórki, czy też całej grupy komórek, które były pierwotnem siedliskiem pasorzytów.

Jak to już wspomniano powyżej, istnieją twory pasorzytnicze mające powinowactwo do komórek jednego tylko rodzaju tkanki, n. p. tkanki nabłonkowej, tkanki łącznej lub mięśniowej; z drugiej zaś strony są inne pasorzyty, które mogą się zastosować do różnych pierwocin tkankowych równocześnie. Dalej budowa nowotworu pozostaje w związku ze stósunkami miejscowemi zakażonych komórek tkankowych, ich ugrupowaniem, ciśnieniem bocznem przez tkankę sąsiednią, obfitością naczyń, bliskością przestrzeni jamistych lub przewodów i t. d. Wreszcie ma wpływ na tę budowę sam rodzaj pasorzyta, jego sposób mnożenia się, wytwarzania toksyn. Układ nowotworu powstałego na takim gruncie jest zawsze atypowy, różnomienny (*heterolog*) i charakteryzuje się obecnością swoistych tworów komórkowych. Te ostatnie powstają wskutek zakażenia młodych komórek tkanki zarodkami pasorzytniczemi, które zajmują ich miejsce i w ten sposób przemieniają się w składową część ustroju, żyjąc jego kosztem. Stopień złośliwości nowotworu i szybkości tworzenia przerzutów zależą od rodzaju pasorzyta i jego zdolności zastósowania się do pewnej oddzielnej grupy komórek lub też rozmaitych ich postaci. Ogólnie mówiąc, czem wyżej stoi w rozwoju dany gatunek pierwotniaków, tem wybitniej występuje ta wyłączność jego pasorzytnictwa ograniczająca się do jednego tylko typu komórek i odwrotnie. Prawdopodobnie więc w rakach najbardziej złośliwych znajdują się twory amebowate (*Amoebosporidia*) nadzwyczaj nizkiej organizacyi.

W okresie trzecim przebiegu nowotworu (*Migrationsstadium*), kiedy pasorzyty w miejscu zakażenia nie znajdują już dostatecznych warunków do istnienia, czy to z przyczyny, że bujanie komórek tkanki nie odbywa się równo z wytwarzaniem nowych pasorzytów, które przez to nie znajdują dla siebie miejsca, czy też wskutek wyczerpania się materyału odżywczego z powodu rozszenia się spraw degeneracyjnych w komórkach, przesiedlają się one w bliższe lub dalsze miejsca ustroju, gdzie tworzą nowe ognisko nowotworowe. Od ważności zajętego pierwotnie narządu, od odporności ustroju na trujące działanie wytwarzanych toksyn, wreszcie od szybkości postępowania charłactwa wskutek tak olbrzymiego niszczenia młodych pierwocin komórkowych, zależy to, w którym z wymienionych okresów nastąpi śmierć.

Tworzenie zatem przerzutów jest wyrazem zakażenia wtórnego: ognisko pierwotne, guz macierzysty stanowi tę glebę, na ktorej rozwijają się pasorzyty, roznoszące zarazę dalej; posiew taki czyli tworzenie przerzutów odbywać się może albo drogą naczyń limfatycznych (zajęcie gruczołów), albo przez naczynia krwionośne (przerzuty do narządów oddalonych, *generalisatio*), lub wreszcie przez bezpośrednie rozprzestrzenianie się zarodków w tkance (*disseminatio*). Anatomicznie rzecz biorąc, niema różnicy zasadniczej pomiędzy sprawą tworzenia przerzutów a postępującym wzrostem miejscowym lub nawrotem (recydywą) nowotworu, czy to *per continuitatem*, czy też *per contiguitatem*: zarówno tu, jak tam sprawą zasadniczą jest powstawanie młodych komórek tkankowych, które ulegają zakażeniu przez pasorzyty i dopiero w skutek tej infekcyi powstają nowe ogniska zazwyczaj na obwodzie starych. Rozsadnikiem zarazka są owe komórki swoiste raka, które „zapłodniają patologicznie“ pierwociny komórkowe,

otrzymujące w ten sposób bodziec do bujania i tworzenia nowych ognisk już o charakterze swoistym. Pogląd swój na sprawę nowotworzenia tkanki rakowej streszcza Pfeiffer w zdaniu: „*Ohne heterologe Sporozoën keine homologe Gewebszellwucherung und Metastasenbildung, ohne Gewebszellwucherung kein Parasitismus und keine Tumorenbildung*“.

Tym więc sposobem do dwóch znanych dotychczas czynników przyczynowych, badanych w pewnym związku z powstawaniem nowotworu a mianowicie *a)* usposobienia miejscowego (*praedispositio, causa praedisponens*) i *b)* pobudzenia miejscowego (*causa occasionalis*), należy dodać trzecie a mianowicie rodzaj pasorzyta i jego zdolność stósowania się do jednego lub kilku typów komórek.

Usposobienie bywa po części dziedziczne, niekiedy wrodzone, występuje czasem tylko w pewnych okresach życia. Na czem właściwie ono polega, zupełnie niewiadomo. Częstokroć schodzi się ono z równoczesnym bodźcem ogólnym lub miejscowym. Jak wiadomo najczęstszem siedliskiem nowotworu rakowego są te miejsca w ustroju, które są najbardziej wystawione na urazy. Jest to w związku z okolicznością, że *sporozoa* dla osiedlenia się i pomyślnego rozwoju potrzebują tkanki młodej i podatnej. Zupełnie analogiczne spostrzeżenia zrobił autor u pewnego rodzaju ryb: jeżeli na wiosnę płynie długo i obficie kra, jesienią można znaleźć często w mięśniach tych ryb guzy nowotworowe, zależne od obecności pasorzytów *myxosporidia*.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

— Wykaz chorych szpitala Braci Miłosierdzia w Krakowie za rok 1892 z uwzględnieniem chorób zakaźnych i ich leczenia a zarazem krótka historya konwentu Braci Miłosierdzia w Krakowie i dawnej polsko-litewskiej prowincyi. Kraków 1893. Duża 4-ka, str. 25.

Jestto bardzo pracowite, sumienne a, co najważniejsza, umiejętne przedstawienie działania jednej z najdawniejszych instytucyj dobroczynnych w Krakowie w roku ubiegłym. Wyjmujemy zeń następujące daty. Pozostało w leczeniu z roku 1891 osób 13, przyjęto w roku 1892 osób 476; z tych wyszło 388, umarło 47, pozostało w leczeniu na rok bieżący 41 osób. Najwięcej chorych było z chorobami narządów oddechowych, między któremi gruźlica zajmuje pierwsze miejsce; jakoż z tą chorobą było 40 osób, co stanowi prawie 8% ogólnej liczby chorych; biorąc zaś ogólną liczbę zmian gruźliczych bez względu na dotknięte nią narządy, to było takich chorych 53 czyli 11%.

W gruźlicy płuc podawano chorym obok odpowiedniego pożywienia długo kreozot, stopniując dawkę systematycznie tak, że po dwóch tygodniach każdy chory dostawał dziennie po półtora grama kreozotu.

Skutek tego leczenia był pomyślny, gdyż z powyższych 40 chorych, 20 opuściło szpital prawie zupełnie zdrowych, albowiem odżywienie u nich zupełnie się poprawiło, przybrali na wadze, kaszel ustał całkiem a w płucach oprócz przytłumienia w pierwotnych miejscach nie było można wykazać żadnych zmian nieżytowych. Innych zaś 20 chorych gruźliczych wypuszczono ze znaczną poprawą a przede wszystkiem u tych chorych apetyt znacznie się poprawił, gorączka wieczorna ustała jak również i poty; jedynie pozostał jeszcze nieznaczny kaszel, wywoływany łatwo powstającym nieżytem płucnym. Siedmiu tylko chorych, którzy przybyli do szpitala w stanie zupełnego wyniszczenia, spowodowanego rozpadem płucnym, umarło pomimo kreozotu, arsenu i dobrego odżywiania.

Kreozot podawano również z dobrym skutkiem chorym na gruźlicę innych narządów, jak: gruczołów limfatycznych, kości i t. d., których leczono także sposobem chirurgicznym. Chorzy ci w liczbie 13 jako uleczeni opuścili szpital.

Pominąwszy choroby narządu trawienia, drugie miejsce co do ilości zajmuje dławcowe zapalenie płuc.

W tych cierpieniach osiągnięto w szpitalu najpomyślniejsze rezultaty, gdyż na 26 chorych jeden tylko przypadek zakończył się śmiercią.

W leczeniu zapaleń płuc, obok środków odwodzących na klatkę piersiową, dobrym i dzielnym środkiem okazała się *naparstnica* w dużych dawkach podawana.

Po stanowczem rozpoznaniu cholery w Krakowie, odstąpili Bracia Miłosierdzia swój szpital gminie miasta Krakowa na szpital choleryczny, przyjąwszy na siebie ciężki obowiązek pielęgnowania chorych osobiście. Szpital ten istniał jako choleryczny od 18. września do 1. grudnia 1892 roku, w którym to czasie po ścisłem i dokładnem odwietrzeniu przeznaczono go znowu dla nowowybuchłej edidemii, t. j. dla ospy.

Chorych na cholerę leczono mężczyzn 16, kobiet 20, razem przeto 36.

Z tego wyzdrowiało: mężczyzn 6, kobiet 11, razem 17.

Umarło: mężczyzn 10, kobiet 9, razem 19.

Z liczby zmarłych na cholerę było czworo dzieci niżej lat 7, reszta 15 osób były w wieku od 15 do 50 roku życia.

Procent śmiertelności wynosił zatem 52·7%.

Zaznaczyć jednak wypada, że z liczby zmarłych przywieziono do szpitala 9 osób w stanie końcowym tak, że te osoby już po kiku godzinach umarły.

Pierwsze przypadki cholery pojawiły się w sąsiednim Podgórzu a przebieg jej w Krakowie potwierdza tylko nowoczesne zapatrywania się na szerzenie się tej zarazy, gdyż pierwsze przypadki do szpitala przywiezione pochodzą z ulicy Mostowej Nr. 4, a więc z miejsca tylko o kilkadziesiąt kroków od Podgórza odległego. W kilka dni po przypadkach z ulicy Mostowej wybuchła zaraza przy ulicy św. Wawrzyńca Nr. 16, 18, 20, odległej od ulicy Mostowej o kilkadziesiąt kroków. Tu trwa ona najdłużej i najwięcej ofiar zabiera i ztąd rozchodzi się promieniami na miejsca sąsiednie, jak na ulicę Wąską, Józefa, Wolnicę i na ulicę Krakowską. Kilka przypadków cholery, mianowicie z odległego Kleparza, z dworca kolejowego, zdają się mieć inny punkt wyjścia, najpodobniej do prawdy od dworca kolejowego ze względu na ruch osób z zagranicy.

Największe nasilenie cholery przypada na czas od 30. września do 17. października, w którym to czasie prawie codziennie przywożono chorych; odtąd zaś następują kilkodniowe przerwy, aż dnia 29. października przywieziono ostatniego chorego na cholerę, pochodzącego z przyległej wioski Dąbie a więc z poza obrębu miasta,

W czasie od 30. września do 17. października przypada też największa śmiertelność.

W następnym rozdziale mowa o leczeniu cholery, z czego pokazuje się, iż używano wszelkich najnowszych w tej mierze sposobów.

Oddział chirurgiczny zwinięty z powodu cholery z końcem sierpnia liczył z początku zaledwie 5 łóżek, obecnie ma on jedenaście umieszczonych w dwóch pokojach i kilku separatkach. Operacyj wykonano 38.

Operatorem szpitala jest Docent Dr. R. Trzebicky, ordynaryuszem Dr. A. Filimowski, fizykiem Dr. J. Buszek.

Część historyczna skreślona przez magistra farmacyi i przeora konwentu krakowskiego L. Bernatka, zawiera bardzo cenne daty tyczące się zakonu Braci Miłosierdzia w Polsce i Litwie. Zdanie sprawy, o którem mowa, kończy się wykazem liczbowym chorych leczonych w roku 1892 w 15 szpitalach Braci Miłosierdzia w prowincyi austryacko-czeskiej. Dowiadujemy się z niego, że te szpitale mają razem 1019 łóżek, że leczono w nich w r. 1892 razem 15.750 osób, z których wyszło 14.133, umarło 814 a pozostało w leczeniu 803 osób. Liczba dni leczenia 271.658. Byłoby rzeczą pożądaną, by za przykładem krakowskich szpitali św. Ludwika i Braci Miłosierdzia i inne szpitale w kraju ogłaszały co roku zdanie sprawy ze swego działania. *D.*

Chirurgia.

F. Fischer i E. Levy: **Wyniki badań bakteryologicznych w zapaleniu szpiku kostnego i okostnej** (*osteomyelitis* i *periostitis*).

W znacznie przeważającej liczbie przypadków ostrego zapalenia szpiku kostnego znajdywano w ogniskach zapalnych *staphylococcus pyogenes aureus* i *albus*, wskutek czego pewien czas panowało ogólnie przekonanie, że wymienione drobnoustroje stanowią przyczynę swoistą tego cierpienia. Kraske wszakże wykazał, iż zapalenie szpiku kostnego jest tylko jedną z postaci ropnicy (*pyaemia*), charakteryzującą się klinicznie swem umiejscowieniem w szpiku kostnym. Dalsze badania dowiodły obecności w wydzielinie zapalnej oprócz obydwóch gronkowców także i różnych innych drobnoustrojów (*streptococcus, diplococcus*) oddzielnie lub też w rozmaitych ze sobą połączeniach tak, iż dziś wszystkie znane postacie t. zw. drobnoustrojów ropotwórczych zarówno uważać można za związane etyologicznie z tą sprawą chorobową.

Autorzy zbadali bakteryologicznie w ciągu dwóch lat w klinice chirurgicznej sztrasburskiej 15 przypadków ostrego zapalenia szpiku kostnego, wybierając, rzecz prosta, takie tylko, gdzie ognisko zapalne w kości było jeszcze zamknięte. Otrzymane wyniki wykazały, że najczęściej bywa gronkowiec, gdyż na 15 przypadków znalazł się on aż w 11 tu, z tych w 9-ciu *staphylococcus pyog. albus* i w 2-ch *staph. pyog. aureus*. Z pozostałych 2 razy był *diplococcus pneumoniae* Fraenkla i 2 razy *streptococcus pyogenes* w czystych hodowlach. Gronkowiec biały znajdowano ogólnie w ostrych zapaleniach ropnych znacznie rzadziej, niż złoty a nawet niektórzy autorowie, głównie francuscy, przypisują mu o wiele słabsze działanie chorobotwórcze, niż temu ostatniemu.

Do innych wyników doszli F. i L. na podstawie swoich przypadków: pomimo iż *staphyl. aureus* jest tak rzadkim gościem w klinice sztrasburskiej, przebieg spraw ropnych ostrych bynajmniej nie odznacza się mniejszą złośliwością. (Podobne spostrzeżenia co do częstości znajdowania *staphyl. pyog. albus* w różnych ropieniach ostrych zrobił sprawozdawca i w klinice chirurgicznej krakowskiej).

Niektórzy badacze (Lannelongue, Achard) starają się przeprowadzić różnicę w przebiegu klinicznym pomiędzy zapaleniem szpiku zależnem od gronkowców a zapaleniem wywołanem przez paciorkowce a nawet pod względem rokowania podają następujące stopniowanie tych spraw chorobowych: najzłośliwsze są zapalenia stafilokokowe, dalej idą streptokokowe, wreszcie najłagodniejsze diplokokowe. W zapaleniu szpiku kostnego zależnym od *streptococcus* zniszczenie kości bywa zwykle mniejsze, odsłoje (*sequester*) rzadsze; przeto chociaż szybciej i obszerniej ulegają zajęciu przez sprawę zapalną naczynia limfatyczne i sąsiednie gruczoły, sprawa przebiega prędzej i kończy się pomyślniej. Jakkolwiek obydwa przypadki, w których znajdywały się paciorkowce, przebiegały i zakończyły się zgodnie zupełnie z opisem Lannelonguea i Acharda, Fischer i Levy powstają zupełnie słusznie przeciw takiemu rozgraniczaniu i ustanawianiu odrębnych postaci klinicznych zapalenia szpiku kostnego na zasadzie tego, jaki rodzaj drobnoustrojów znaleziono w ropie. Na to, pomijając już inne względy, brak przedewszystkiem dostatecznej ilości zbadanych bakteryologicznie przypadków tego cierpienia. (*Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie. T. 36. str. 94).* *Dr. L. Kryński.*

Medycyna sądowa.

Prof. H. Truc (Montpellier): **Oko pod względem sądowo-lekarskim.**

Oko ma znaczenie w medycynie sądowej ze względu na sprawdzenie tożsamości osoby, na obrażenia i szkody przez nie poniesione, na uzdolnienie do służby wojskowej, symulacyę, dysymulacyę i przesadę (*exageratio*).

W sprawdzaniu tożsamości osoby na zwłokach może badanie oka oddać ważne usługi. To też uwzględnia się przy niem kształt i osadzenie oka, które u różnych ras i szczepów ludzkich bywają różne. Również uwzględnia się ze stanowiska fizyologicznego różne części oka, ich wejrzenie, zabarwienie tęczówki i t. d., ze stanowiska patologicznego zaś zboczenia chorobowe oka i jego części, zmiany w zabarwieniu, nowotwory, blizny po urazach i zabiegach leczniczych i t. d. Lacassagne zwrócił uwagę na okoliczność, że pewne zawody można poznać po właściwych im zmianach oczów. I tak spotyka się często z ciałami obcemi tkwiącemi w oczach górników, kamieniarzy, rzeźbiarzy, ślusarzy i t. d.

Pod względem tanatologicznym zwraca się uwagę na ustawienie gałki ocznej, zachowanie się źrenicy, rozwarcie lub zamknięcie szpary powiekowej.

Co do tej ostatniej okoliczności, to wynika z badań Müllera, Valuda i Gałęzowskiego, iż na 100 zwłok spotyka się 10 z oczyma zamkniętemi, 15 z rozwartemi, 65 z półotwartemi, wreszcie spotyka się jedno oko zamknięte, drugie zaś otwarte. Stosunek ten jest jednaki na zwłokach mężczyzn, kobiet i dzieci. Zauważono, że osoby otyłe miewają najczęściej oczy zamknięte po śmierci, osoby zaś wychudłe otwarte. Sztuczne przymknięcie powiek po śmierci można rozpoznać po śladzie powstającym od ucisku wywartego na powiekę górną.

Stopień rozwarcia powiek nie zależy wcale od rodzaju śmierci. Z chwilą śmierci gałki oczne układają się względem siebie rozbieżnie i tak, jakby spoglądały ku górze i ku tyłowi głowy. Tęczówka w chwili konania zwężona, rozszerza się po śmierci, w miarę jak tkanki oka przez powolne parowanie utracają swą za życia wilgotność.

W niektórych przypadkach śmierci naturalnej lub gwałtownej (n. p. przy ścięciu) zwężają się początkowo źrenice, w chwili zaś śmierci rozszerzają się i w stanie tym się utrzymują. W przypadkach śmierci wskutek zaczadzenia lub otrucia gazami kloacznymi, spotyka się łzawienie oczów i nieżyt ostry spojówek.

W przypadkach powieszenia lub zadzierzgnięcia znachodzi się wynaczynionki podspojówkowe lub pod skórą powiek, czasem także i zwichnięcie soczewki.

Trucizny, jak atropina, wywołują rozszerzenie źrenicy, morfina jej zwężenie, nikotyna i strychnina trzeszcz oczów.

Uszkodzenia oka bywają następstwem już to przypadku, nieostrożności, już też nieprzyjaznego zamiaru drugiej osoby, już też wreszcie rozmyślnego zranienia i przedstawiają się jako wstrząśnienia, stłuczenia, oparzenia, rany z pozostawieniem ciał obcych w gałce ocznej i jej otoczeniu lub bez tego.

W orzeczeniu sądowo-lekarskiem tych uszkodzeń należy uwzględnić przyrodę, stopień, przyczynę i następstwa uszkodzenia danego. Orzekać należy stanowczo tylko co się tyczy istotnie znalezionego w chwili badania stanu; co się zaś tyczy możliwych następstw, jak zapaleń sympatycznych oka drugiego, należy w orzeczeniu zwrócić uwagę na możliwość ich wytworzenia się, zastrzegając się jednak, iż w chwili badania oko drugie było prawidłowe. Uszkodzenia oka wywołane przypadkami kolejowemi, mogą być czynnościowe i stanowić jeden z objawów tak zwanych nerwic urazowych; mogą wszakże przedstawiać się także jako ciężkie uszkodzenia anatomiczne. Sprawy chorobowe połączone z ropieniem mogą stanowić następstwa po uszkodzeniach zawodowych oka, n. p. u ślusarzy, u których opiłki żelazne dostawszy się do oka mogą utworzyć ranki, które znowu następnie mogą uledz zakażeniu jadem ropnym.

W końcu zwraca autor uwagę swą na uszkodzenia oka wywołane nieostrożnością na polowaniach, wreszcie stosunek w wynagradzaniu w przypadkach utraty i upośledzenia wzroku, oznaczając tenże jak $1 : 1/_2 : 1/_4$. (*Annales d'hyg. pub. et de médecine légale. Mars. 1893*).

Choroby nerwowe.

Vibert: **Przyczynek do nauki o nerwicach urazowych.**

W etyologii nerwic urazowych mają główne znaczenie przyczyny okolicznościowe, stworzone przez każdy z osobna przypadek i usposobienie. Wiadomo, ze uszkodzenie nieznaczne wywołuje w pewnych warunkach nerwicę urazową, jak

to już stwierdzili zgodnie Charcot i inni autorzy. Najczęściej można przypisać przyczynę powstania nerwicy urazowej przestrachowi, względnie wstrząśnieniu umysłowemu, jakie towarzyszy urazowi mechanicznemu, jako też i samemu urazowi. Co się tyczy urazu, to autor sądzi, iż musi on być swoistéj natury. I tak nie widział V. blisko w tysiącu przypadków rozlicznych uszkodzeń cielesnych, jakie mu się zdarzyły w praktyce sądowo-lekarskiej, aby po zranieniu nożem, po duszeniu i t. d. powstała nerwica urazowa, mimo, że i w tych przypadkach był wstrzęs psychiczny. Nie ulega zatem wątpliwości, iż urazy tylko pewnego rodzaju, t. j. swoiste mogą sprowadzić nerwicę. Owe urazy swoiste zdarzają się najczęściej w przypadkach kolejowych, podczas jazdy wozem, po upadkach ze znacznej wysokości, po zasypaniu, wybuchach i t. d. Jeżli tego rodzaju urazy tylko mogą wywołać nerwicę, to muszą różnić się w działaniu swem od reszty urazów, nie stanowiących przyczyny nerwic. Różnica zaś ta polega na tem, iż urazy kolejowe i t. d. wstrząsają mechanicznie ośrodki nerwowe.

Wstrząśnienia tego nie można zaprzeczyć w przypadkach urazu zadanego w głowę lub stos kręgowy.

W przypadkach urazu w głowę zdarzają się czasem objawy, skłaniające na razie do rozpoznania ciężkich obrażeń anatomicznych czaszki lub mózgu, które jednak po pewnym czasie giną, ustępując miejsca właściwym objawom nerwicy urazowej. W innych znowu przypadkach urazu głowy istnieją z początku tylko objawy nerwicy, aż dopiero z czasem wystąpią objawy odpowiadające uszkodzeniom anatomicznym mózgu. Z dwojakiej tej kategoryi objawów po urazach głowy wypada: po pierwsze, iż jeżeli mózg i czaszka ulegają pod wpływem urazu uszkodzeniom widocznym, muszą także ulegać wstrząśnieniu, po drugie, iż stósownie do tego czy przeważały wstrząśnienie, czy też anatomiczne uszkodzenie, przeważają też objawy uszkodzenia mózgu lub objawy nerwicy.

Zdarzają się także przypadki urazu zadanego kręgosłupowi, w których dopiero po pewnem trwaniu przypadów rdzeniowych występują objawy mózgowe nerwicy urazowéj. Przypadki te można w trojaki sposób tłómaczyć a to: albo sprawiona przez uraz nerwica jest z początku jedynie rdzeniowej przyrody a dopiero następnie mózgowej, albo uraz rdzeniowy wywołuje objawy pierwotne, t. j. rdzeniowe a ból i przejęcie się swym stanem stwarza u chorego objawy cerebrastenii, albo wreszcie uraz wymierzony w kręgosłup dał początkom zmianom w rdzeniu, które zwolna postępując objęły także i mózg. Przypadki tego rodzaju opisał Erichsen i autor.

Drugim czynnikiem wpływającym na powstanie nerwicy po swoistym urazie jest wzruszenie psychiczne. O ile jednak jest znaczna liczba autorów, którzy czynnikowi temu największe znaczenie przypisują, o tyle Vibert krytycznie go rozpatruje i twierdzi, że stopień ciężkości nerwicy nie zależy całkiem od stopnia wzruszenia, w chwili nieszczęśliwego przypadku. Autor sądzi, iż znaczenie wzruszenia tego bardzo wielu autorów przecenia niesłusznie. Usposobieniu newropatycznemu nie przypisuje autor znaczenia o tyle, o ile w przeważnéj liczbie przypadków nerwic, ogłoszonych przez innych i przez autora, usposobienia takiego całkiem nie było. Nie przeczy jednak wcale, że tam, gdzie ono jest, wpływa bardzo niekorzystnie na przebieg i charakter choroby.

Z pracy Viberta zatem wypada, iż głównym czynnichorobotwórczym, w przypadkach nerwic urazowych jest wstrząśnienie mechaniczne ośrodków narządów nerwowych. (*Annal. d'hyg. pub. et de méd. leg. Nr. 3.* Mars 1893).

Dr. Wachholz.

Notatki terapeutyczne.

Grancher zapisuje w ostrym nieżycie żołądka i jelit u dzieci (*cholera infantilis*):

55) Rp. *Acidi lactici* *2·00*
Aquae destil. *50·00*
Syr. rubi idaei *50·00*

i z tego daje po łyżeczce od kawy co pięć, dziesięć lub 30 minut według ciężkości przypadku. Lawatywy o temperaturze 30 do 32 stopni (Celzyusza). Żołądek przepłukuje wodą Vichy. Przeciw zapadowi kąpiel z dodatkiem mąki gorczycznej, o temperaturze 38° C. na sześć minut lub dłużej. Nakoniec można wstrzyknąć podskórnie 50 centygramów eteru.

Można także zadawać w kwadrans po łyżeczce od kawy następującego płynu:

56) Rp. *Coffeini citrici* *0·25*
Rhumi veteris *20·00*
Vini de Malaga *30·00*
Syr. rubi idaei *40·00*

Spehu zaleca na czyraki pokrywanie ich tamponami z waty aseptycznej napojonej płynem według formuły:

57) Rp. *Hydratis chlorali* *10·00*
Aquae destil.
Glycerini puri *āā 20·00*

(*Annuaire de thérapeutique. 5. Année, 1893*).

IV. Wiadomości bieżące.

— Prof. anatomii opisowej w uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, Dr. Ludwik Teichmann otrzymał od Najjaśn. Pana order korony żelaznej 3 klasy.

— Z okazyi skutecznego działania przeciw cholerze w kraju naszym otrzymali prócz wymienionych już w przeszłym numerze Przeglądu lekarskiego osób, Prezydent miasta Krakowa Dr. Feliks Szlachtowski szlachectwo austryackie, burmistrz miasta Przemyśla Aleksander Dworski i fizyk miejski krakowski, Dr. Jan Buszek order Franciszka Józefa, Dr. Józef Kownacki, lekarz powiatowy wielicki złoty krzyż zasługi z koroną, Ludwik Swolkień, naczelnik gminy Zwierzyńca pod Krakowem, złoty krzyż zasługi. Nadto Ministerstwo spraw wewnętrznych wyraziło swoje uznanie Drowi Władysławowi Federowiczowi, właścicielowi dóbr w Oknie, staroście Adamowi Czeżowskiemu w Gorlicach, lekarzom powiatowym Drowi Władysławowi Skalskiemu w Samborze i Drowi Karolowi Wernerowi w Śniatynie, burmistrzom: podgórskiemu Romanowi Kleinowi i kołomyjskiemu Jakóbowi Asłanowi.

— Ustawa o izbach lekarskich, prawie przed $1\frac{1}{2}$ rokiem przez Radę Państwa uchwalona i przez N. Pana sankcyonowana, dotychczas z wyjątkiem Austryi Górnej nie weszła nigdzie w życie. Jakie tego opóźnienia mogą być przyczyny, nie wiemy, ale, jeżli na prawdzie oparte są głosy, iż przeprowadzeniu ustawy w krajach o ludności mięszanej stoją na przeszkodzie stósunki językowe, to argument ten, przypuściwszy nawet, iż jest rzeczywistym, nie mógłby w żaden sposób stósować się do naszego kraju, w którym wszyscy lekarze, prawie bez wyjątku, posługują się a przynajmniej rozumieją doskonale jeden wspólny język. W interesie przeto dobra kraju i stanu lekarskiego należy sobie życzyć, nawet komitet Towarzystwa lekarskiego krakowskiego będzie się wprost o to dopominać, aby ustawa o izbach lekarskich jak najrychlej u nas obowiązywała. Pohop do tego żądania daje nam okoliczność, która niedawno poruszyła umysły lekarzy krakowskich.

W pewnym tutejszym zakładzie rządowym była do nadania posada lekarza zakładowego. O tę posadę ubiegało się dziewięciu lekarzy, z których ośmiu wykazało się praktyką szpitalną lub kliniczną i to dłuższą, niektórzy z nich nawet kilkoletnią a był między nimi i taki, który złożył egzamin na lekarza powiatowego; jeden tylko z nich nie dorównywał im ani w przybliżeniu pod względem tych kwalifikacyj. Dyrekcya zakładu zapytała się, co z uznaniem podnosimy, komitetu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, czy któremu z ubiegających się nie ma nic do zarzucenia. Komitet po dojrzałej rozwadze i gruntownej naradzie udzielił żądanej opinii. Nadspodziewanie nadano posadę tę właśnie temu kandydatowi, który miał najmniejsze kwalifikacye a przeciw któremu przemawiały także jeszcze inne informacye dane przez komitet Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Coś podobnego nie stałoby się tak łatwo wbrew opinii izby lekarskiej, jako instytucyi urzędowej.

— Baron Nataniel Rothschild w Wiedniu darował swój zamek wspaniały wraz z parkiem w Hinterleithen pod Reichenau Towarzystwu zajmującemu się urządzaniem lecznisk klimatycznych dla chorych na płuca.

— Przewodniczącym przyszlorocznego niemieckiego kongresu chirurgicznego wybrano Prfra Esmarcha z Kielu.

— Prof. Erb w Heidelbergu, przedstawiony, jak wiadomo, jako jedyny kandydat na katedrę kliniki chorób wewnętrznych wiedeńskiej po zmarłym niedawno Prof. O. Kahlerze, zwiedził dwa razy pole przyszłego swego działania i wreszcie odmówił przyjęcia proponowanej sobie katedry, uważając dotacyą kliniki za niedostateczną wobec dzisiejszych wymagań naukowych i nie zgadzając się na tryb gospodarstwa. Tożsamo zrobił Prof. Wernicke z Wrocławia przedstawiony na profesora drugiej kliniki psychiatrycznej po Krafft-Ebingu, który otrzymał klinikę psychiatryczną pierwszą po zmarłym Prof. Meynercie.

— **Konkurs.** W celu obsadzenia jednej posady oglądacza zwierząt i produktów zwierzęcych z roczną remuneracyą 600 złr. a. w. rozpisuje się niniejszem konkurs do dnia 20 maja b. r.

Kandydaci mają swe podania, zaopatrzone w metrykę urodzenia, dyplom lekarza weterynaryjnego, nie mniej dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa przez dotyczące c. k. Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. Alfred Rosé w Zamościu, założyciel stacyi klimatycznej w Krasnobrodzie, która wszakże nie mogła się rozwinąć dla braku stosownej komunikacyi. — W Neapolu Dr. Arnold Cantani, profesor tamecznej kliniki lekarskiej, znany ze swych badań nad moczówką cukrową i przyczynków do terapii cholery azyatyckiej. Cantani był rodem z Pragi, władał dobrze językiem niemieckim i zostawał też w ciągłych stosunkach ze światem lekarskim i piśmiennictwem zawodowem niemieckiem. — Dnia 18. kwietnia w Kaslińsku, Permskiej gubernii (Rossya), wychowaniec krakowskiego Uniwersytetu, Doktor medycyny Adam Stanisław Wolański, w wieku lat 28, z duru osutkowego (*typhus exanthemat.*). Ukończył nauki w 1892 r. i w ciągu mniej niż roku zasłużył sobie na ogólne uznanie. Był jedynakiem i jedyną nadzieją rodziców.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 17-go maja b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Zapowiedziany odczyt kol. prof. Gluzińskiego; 2) kol. prof. Rydygier pokaże kilka nowszych przyrządów; 3) kol. Tyszkiewicz będzie mówić o krwawicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.